Préserver la vie biologique contre la société ?

Analyse des mesures de prévention contre la Covid-19 à Conakry, République de Guinée

Gassim Sylla

Assistant de recherche au Triangle UMR 5206 (Lyon) et au Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (CERFIG)
gassim.sylla@ens-lyon.fr

How to cite this paper:
Sylla G., (2022). Préserver la vie biologique contre la société ? Analyse des mesures de prévention contre la Covid-19 à Conakry, République de Guinée. *Global Africa*, (2), pp. 236-248.
https://doi.org/10.57832/p3pk-d724

Received: September 8, 2022
Accepted: October 15, 2022
Published: December 16, 2022

Résumé

En Guinée, le premier cas de Covid-19 est déclaré le 12 mars 2020 à Conakry, la capitale du pays. La pandémie est survenue dans un contexte sociopolitique tendu en raison de l'organisation d'élections référendaires autorisant la réélection du président d'alors pour un troisième mandat à la tête du pays. Les mesures sanitaires ont ainsi été décriées par une partie de la population, qui les a perçues comme des outils mis en place par les autorités pour empêcher les manifestations politiques. Aux premières heures de la pandémie, la Covid-19 était considérée comme une maladie ne touchant que les élites et les voyageurs internationaux. Puis, la contamination s'est généralisée, touchant toutes les couches de la société. Les études de séroprévalence indiquent un taux de contamination en population générale de 60 % (Soumah et al., 2022). À partir d'une ethnographie menée à Conakry entre juin 2020 et septembre 2021, je décris comment les conditions de vie, les rôles et le statut des acteurs sociaux les exposent à la contamination. Je souligne également les représentations associées à la contamination et à l'impossible application de mesures barrières privilégiant la prévention contre la Covid-19, et la tension entre protection de la vie humaine et vie sociale

Mots-clés

Conakry, Covid-19, contamination virale, acteurs sociaux, ethnographie

Contexte

Conakry[1], le 12 mars 2020, le premier cas de Covid-19 est enregistré, il s'agit d'une fonctionnaire de l'Union européenne entrée en Guinée après des congés en France et en Belgique. Lorsque survient la Covid-19 en Guinée, le pays sort du traumatisme de l'épidémie de la maladie à virus Ébola. Cela coïncide également avec une période de crise sociopolitique consécutive à l'organisation d'un référendum constitutionnel contesté autorisant le président de la République d'alors, Alpha Condé, à mener une campagne électorale qui le conduira à un troisième mandat. La tenue des élections a engendré un sentiment de politisation de la Covid-19 (Kamano, 2020). Nombre de personnes perçurent la mise en place du couvre-feu sanitaire et l'interdiction de rassemblements pourtant autorisés dans les marchés comme une conspiration du pouvoir, en arguant que ces mesures sanitaires visaient en fait à museler les manifestations politiques. Aux premières heures de la pandémie, l'ensemble des personnes qui ont été testées et identifiées comme positives à la Covid-19 (qu'elles soient symptomatiques, paucisymptomatiques ou asymptomatiques) a été placé en quarantaine dans des sites dédiés et mis sous traitement. Cette situation s'inspire de la riposte contre Ébola, durant laquelle les centres de traitement ont été mis en place dès le début de l'épidémie comme une évidence, tant pour soigner les malades que pour contenir la diffusion du virus sur le territoire (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017). Ces centres ont été, çà et là, qualifiés de « mouroirs » (Mbaye et al., 2017). La mise en quarantaine des cas positifs à la Covid-19 a été en effet perçue comme un emprisonnement. Les personnes asymptomatiques, en particulier, ont contesté leur infection et mis en doute la nécessité de leur traitement (Attas et al., 2021). En conséquence, la relation avec le personnel de soins a été marquée par des situations conflictuelles qui ont pris la forme de disputes, d'évasions, de destruction des équipements des centres et de refus des traitements.

Cette relation entre patients et soignants fait écho au rapport singulier entre la population guinéenne et l'État (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), caractérisé par un manque de confiance (Somparé, 2020). La gestion de la pandémie est perçue comme un instrument d'oppression, une perception renforcée par la crise de confiance déjà ancienne entre le peuple, d'une part, et les autorités et l'élite politique d'autre part (Attas et al., 2022, p. 28). Pour avoir placé en quarantaine les patients testés positifs à la Covid-19, le gouvernement a été soupçonné d'avoir eu l'intention d'intoxiquer des personnes, en particulier dans les fiefs de l'opposition. Cette perception n'est pas spécifique à la Guinée, elle a été observée dans d'autres pays africains. En Ouganda par exemple, Melissa Leach et al., (2022, p. 10) mentionnent que la mise en quarantaine ou l'hospitalisation forcée des malades asymptomatiques ont suscité des discussions concernant l'intention, attribuée au gouvernement, d'empoisonner les opposants politiques. Cette situation s'est traduite en Guinée par le refus du test Covid, le non-respect des mesures sanitaires, et des manifestations, ce qui a fortement favorisé la circulation du virus. À la date du 19 juin 2022, le pays dénombre 37 123 cas confirmés, 443 décès hospitaliers, 338 décès communautaires positifs[2] (ANSS, 2022). La ville de Conakry concentre 80 % des cas confirmés avec un taux de contamination en population générale de 42 % (Soumah et al., 2022).

Partant de ce constat, je me demande par quels facteurs, notamment sociaux, les personnes s'exposent au risque de contamination par le virus de la Covid-19. Pourquoi les mesures préventives sont-elles perçues de façon mitigée par différents acteurs ? En quoi le respect des mesures barrières s'apparente-t-il à un choix tragique entre vivre biologiquement (vivre en bonne santé) et mourir socialement ou vivre socialement au risque de mourir ? Ces questions sont traitées à partir de données collectées entre les mois de juin 2020 et de septembre 2021 dans le cadre des programmes de recherche : « L'ombre portée d'Ébola sur l'épidémie de Sars-CoV-2[3] » et « Dynamique de l'épidémie à Sars-CoV-2 à

1 Conakry (capitale) abritant 1,6 million habitants (RGPH-2014). « Le taux d'accroissement annuel étant de l'ordre de 6,6 %, la population de Conakry avoisinerait les 2,3 millions d'habitants en 2020, soit environ un sixième de la population guinéenne » (présentation de Conakry – Guinée politique, www.guineepolitique.org. consulté le 10.05.2022).

2 SITREP 802.

3 Ce programme consiste à analyser des politiques publiques, des pratiques des acteurs et des représentations populaires relatives à la Covid-19 pour une meilleure réponse guinéenne à la pandémie. Il a bénéficié d'un financement de l'initiative « Covid-19 – Santé en commun », portée par l'AFD. Coordonné par le professeur Frédéric Le Marcis. Mené en partenariat entre le CERFIG, l'UGLSC, le CNFRS et l'IRD. Il s'inscrit dans le programme ARIACOV (www.ariacov.org).

Conakry, Guinée (COVEPIGUI)[4] ». J'ai mené une ethnographie établie sur des entretiens ouverts et des observations répétées dans les ménages des personnes identifiées comme positives à la Covid-19 dans le cadre de l'étude de séroprévalence COVEPIGUI. J'ai reconstitué les conditions de contamination par le biais d'une étude rétrospective appuyée par une approche descriptive. L'identité des enquêtés a fait l'objet d'une anonymisation, les informations permettant de les reconnaître ayant été modifiées et les éléments sociologiques nécessaires conservés. Les noms et les adresses mentionnés dans le texte sont fictifs, mais vraisemblables.

Je présente dans un premier temps les éléments clés de la difficile gestion de la Covid-19, ainsi que la variété des circonstances, des conditions de la contamination des personnes (telles qu'elles se présentent d'un point de vue matériel, mais également telles que les personnes les pensent), sans toutefois prétendre expliquer de manière définitive l'origine des contaminations. Cet exercice démontre combien l'expérience de la contamination est une réalité aussi bien objective que subjective. En second lieu, je propose d'analyser la notion de « réseau social », pourvoyeur d'opportunités, mais aussi facteur de risque de contamination dans un contexte de crise sanitaire, en Guinée, où l'État providence et un système de santé adéquat font défaut (Diakité, 2016 ; Somparé, 2017 ; Diallo, 2021). Enfin, dans la dernière partie, je discute de la Covid-19 en Guinée pour aborder la tension entre vie biologique et vie sociale. Le respect des mesures barrières au nom de la préservation de la vie biologique comporte en effet un risque pour l'entretien de la vie sociale, alors même que celle-ci garantit aux individus ressources et moyens de survie ou de réponse aux éventuelles difficultés sanitaires rencontrées par eux en l'absence de réponse étatique à ces aléas. Ce faisant, je porte une attention particulière aux perceptions des gestes barrières par les populations.

Une maladie très mobile qui défie les croyances populaires

L'émergence de la maladie de Covid-19 a surpris le monde entier, comme si ce genre de crise était dépassé et ne concernait que les grandes crises sanitaires du Moyen Âge (Misturelli, 2020). Le premier cas suspect est enregistré le 17 novembre 2019 à Wuhan dans la province du Hubei en Chine (Dumont, 2020) et officiellement déclaré par les autorités le 23 décembre (Offner et al., 2020). Le confinement n'y est appliqué qu'à partir du 23 janvier 2020. Le virus a donc eu largement le temps de se propager à l'intérieur du pays et dans le monde entier (Dumont, 2020) en suivant les déplacements des voyageurs internationaux (Lemey et al., 2020). L'amélioration des transports, favorisant l'hypermobilité des personnes, a servi de support à la diffusion de la Covid-19. Cette dernière serait restée strictement « chinoise » si la Chine, particulièrement Wuhan (épicentre de la maladie), n'était pas fortement connectée aux autres villes du pays et au monde à travers ses divers réseaux de transports (Dumont, 2020). Vers la fin du premier trimestre 2020, la Covid-19 touchera de nombreux pays, constituant un danger pour la santé et la sécurité mondiale. Le 11 mars 2020, profondément préoccupée par la rapidité de la diffusion et par la gravité de la maladie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare une pandémie (OMS, 2021). Au début de la pandémie, certains considéraient la maladie comme une menace lointaine (Goulard, 2019), ou croyaient qu'elle ne toucherait pas leur localité. Cette croyance sera très vite mise en question. Profondément marquée par l'épidémie de la maladie à virus Ébola qui a frappé de plein fouet trois pays de l'Union du fleuve Mano (Liberia, Sierra Leone et Guinée) entre mars 2014 et mars 2016 (Gasquet-Blanchard, 2017 ; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), la société guinéenne incrédule observait avec inquiétude l'évolution de la Covid-19 à l'échelle internationale et espérait y échapper, mais elle allait faire avec le reste du monde l'expérience de la pandémie (Sylla, 2020). Aux premières heures de la maladie, les voyageurs internationaux et les hauts commis de l'État ont été les plus touchés. Ils ont alors été perçus comme étant les plus exposés au risque et comme des responsables de la transmission du virus. Une partie de la population ne se sentait pas concernée par la maladie et considérait que sa situation socioéconomique lui permettrait d'y échapper, car elle réduisait son exposition au risque de contamination virale. Une vieille femme malinké, habitant dans la banlieue

4 Ce programme consiste à décrire la dynamique et l'expansion de l'épidémie à SARS-CoV-2 en population à Conakry. Il a bénéficié d'un financement de l'ANRS COV16 COVEPIGUI. Piloté par le CERFIG, coordonné par les professeurs Jean-François Etard et Abdoulaye Touré.

de Conakry, affirme : *« on connaît les personnes qui contractent cette diankaro djou* (mauvaise maladie). *Nous, on ne la connaîtra pas, car il n'y a aucune condition qui nous expose* ». Un fonctionnaire à la retraite, rencontré à la fin du mois de mai 2021, se demande :

> « D'après ce qu'on voit et entend au travers des médias, la Covid-19 est grave. Mais il est impossible de la contracter si on ne voyage pas à l'étranger (Asie et Occident) et si on n'est pas un cadre qui assiste aux réunions. Moi, je passe toute ma journée entre la mosquée et la maison. Comment pourrais-je la contracter avec cette situation ? »

Pendant les quatre premiers mois de la survenue de la maladie, les communes de Dixinn et de Ratoma, abritant des expatriés, hauts fonctionnaires, grands commerçants et/ou hommes d'affaires, présentent les taux de contamination les plus élevés, comme le montre la carte 1. Cependant, en dépit des mesures prises et de la volonté politique affichée de contenir la diffusion du virus, l'ensemble des quartiers – aux profils socioéconomiques contrastés – de Conakry est touché, après plusieurs mois d'incursion de la maladie. Et au-delà de la capitale, la propagation s'est développée et a atteint plusieurs villes de l'intérieur du pays (carte 2). Au courant du mois de septembre 2020, les observateurs évoquent une « transmission communautaire » (MVAT/DATU et UN-Habitat , 2020) qui touche toutes les couches de la population. La diffusion du virus de la Covid-19 en Guinée est donc verticale et descendante, allant de l'élite aux couches sociales les plus populaires.

Les mesures préventives contre la Covid-19 : une menace pour la vie sociale pourtant garante de la vie biologique

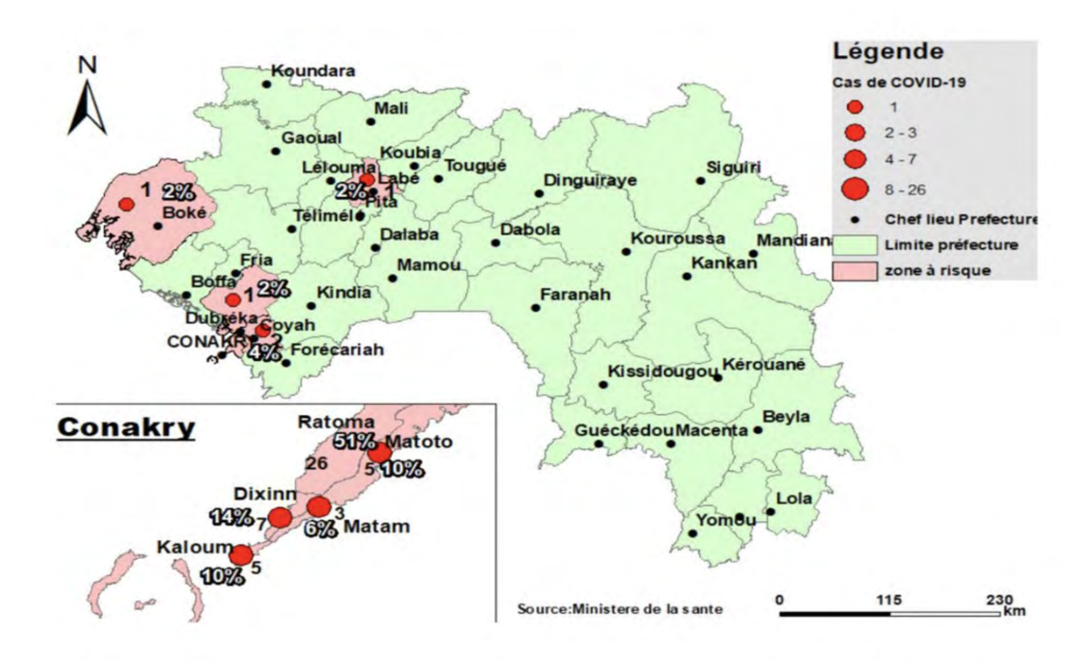
Dès le 25 mars, le président de la République de l'époque, Alpha Condé, décrète l'état d'urgence sanitaire, et le 18 avril, des mesures restrictives sont édictées (Cissé, 2020) sur ordre du ministère de la Santé par l'entremise de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS). Les autorités suivent, ce faisant, les recommandations de l'OMS. Ces mesures consistaient en : l'instauration d'un couvre-feu ; le lavage systématique des mains ; la fermeture des lieux de culte et des établissements éducatifs ; l'interdiction, faute de présenter un test négatif à la Covid-19, des rassemblements, des vols commerciaux et des voyages entre Conakry et les préfectures du pays ; la réduction du nombre des passagers dans les transports en commun, des déplacements et visites chez les proches (MVAT/DATU et UN-Habitat, 2020). Ces mesures s'inscrivent dans une approche classique de gestion des crises sanitaires (Diouf et al., 2021) et suivent le rythme imposé à l'échelle internationale, qui est plus adapté aux pays du Nord (Casciarri, 2020) qu'aux pays du Sud. Au Soudan, par exemple, elles se sont montrées redoutables au regard de pratiques locales caractérisées par une importante sociabilité et convivialité (Casciarri, 2020). En Guinée, elles apparaissent comme inadaptées à la vie des personnes. En effet, elles placent les individus face à un choix entre la vie physique de l'être vivant et la vie de l'humain en tant qu'être politique, qui vit à sa propre manière, individuellement comme collectivement (Dubreuil, 2005 ; Fassin, 2006). Ces deux termes renvoient à la vie biologique et sociale. mais la frontière entre ces deux définitions de la vie est moins tranchée dans la réalité : pour les Guinéens, entretenir la vie sociale, c'est aussi garantir la vie biologique. L'inscription dans un réseau social suppose d'entretenir fréquentations et interactions, et cette inscription permet de bénéficier de soutien moral et financier lorsque des difficultés se présentent (perte d'emploi, problème avec la justice, problème de logement, problème sanitaire ou décès, etc.). Dans un contexte d'absence de filets de protection sociale, le fait de refuser de participer à ce réseau ou d'éviter d'interagir et d'accueillir des proches, c'est pour un individu mettre en péril les voies d'un soutien futur. Établir une distance avec ses proches au nom de la gestion d'une maladie entraine le risque de perdre leur soutien en cas d'embarras. Un homme d'une soixante d'années, commerçant de profession, rencontré pendant le second semestre 2020, affirme :

> « Personnellement, je ne peux pas couper le pont avec mes proches pour éviter Corona. Si je le fais et je rencontre des difficultés ensuite, personne ne viendra en secours ».

Si la Covid-19 reste une menace ailleurs (OMS, 2021), le discours sur la gestion en Guinée prend une tout autre forme : dans le langage populaire, les mesures préventives renvoient au « tournevis » économique et social, elles deviennent de plus en plus difficiles à respecter, car elles entravent largement les pratiques locales (Attas et al., 2022, p. 27), constituantes d'« amortisseurs sociaux ». De là, les actes de résistance vis-à-vis de ces mesures. Les acteurs vont en effet privilégier la vie sociale au détriment de l'application des gestes recommandés. À partir de quatre études de cas, je rends compte dans un premier temps du lien entre rôle social au sein de son réseau local et exposition au risque de contamination par la Covid-19. Deux exemples contrastés sont discutés : celui d'une personne au statut social élevé et celui d'une personne au statut socioéconomique précaire. J'évoque ensuite la difficile prévention de la Covid-19 en raison des conditions objectives d'habitation, puis au regard des modes d'habiter. Au travers de ces différents cas, les mesures préventives se montrent sourdes au contexte et déconnectées des réalités locales.

Les « réseaux sociaux » en Guinée : une source d'opportunités et de risques dans un contexte d'épidémie

La notion de réseau social évoque aujourd'hui le numérique (Facebook, LinkedIn, Twitter, etc.) ; pourtant, celui-ci n'en est qu'une forme spécifique (Kiyindou, 2011). Le réseau social désigne un groupe d'individus qui entretiennent des liens divers et variés (Mercklé, 2016).En l'absence d'État-providence, les individus se tournent vers leurs réseaux d'appartenance qui opèrent comme des organismes de solidarité et d'entre-aide pourvoyeurs de soutien financier, matériel et sanitaire.

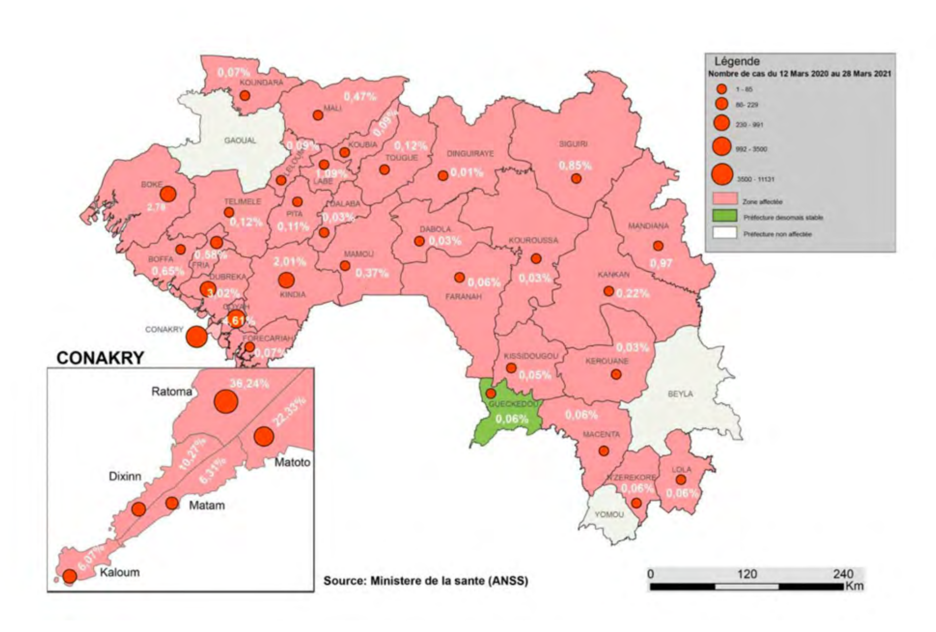


Carte 1 : Répartition spatiale des cas confirmés de Covid-19 à Conakry et en Guinée du 12 mars au 5 juin 2020 (source : ministère de la Santé 2020).

Le réseau social fonctionne donc comme un filet social, une protection favorisant l'accès à des ressources (Marie et al., 1997 ; Bidart et al., 2011). Il implique évidemment des logiques de réciprocité, de contrainte ou d'obligation rendant les individus redevables les uns vis-à-vis des autres. Dans la société guinéenne, les membres d'un réseau sont obligés de participer aux événements sociaux (hospitalisation, mariage, baptême, obsèques…) de chacun. Celui qui refuse tout en ayant les moyens financiers ou matériels se verra mis à l'index par les membres de son réseau et prend le risque de ne recevoir aucun soutien lorsqu'il fera lui-même face à des difficultés. Dans une telle configuration, les individus en viennent

à s'exposer au risque sanitaire (Faye et al., 2015). De nombreuses contaminations à la maladie à virus Ébola (OMS, 2014 ; Thys & Boelaert, 2017 ; Desclaux & Barranca, 2020) et à la Covid-19 (Galmiche et al., 2020 ; Dumont, 2020) se sont en effet produites dans l'accomplissement des obligations sociales. Le cas de Marie et de sa nièce, toutes deux déclarées positives à la Covid-19, démontre comment l'accomplissement des obligations dans le cadre du réseau expose au risque de contamination.

Marie est veuve depuis six ans, elle vend du riz local au détail. Elle habite dans une cour collective à Tâkhoui[5], un sous-quartier situé dans la commune de Kaloum. En juillet 2020, elle est partie avec quelques membres de sa famille élargie à Nzérékoré (ville située à 864 km de Conakry) en transport collectif interurbain pour participer aux obsèques de son grand frère décédé des suites d'une courte maladie. À ce moment, pour contenir la propagation du virus, l'interdiction des voyages entre Conakry et les villes de l'intérieur était en vigueur.



Carte 2 : Répartition spatiale des cas confirmés de Covid-19 en Guinée du 12 mars 2020 au 28 mars 2021 (Source : ANSS, 2021).

Le frère de Marie était prêtre et très connu dans la région de Nzérékoré. Il était le « baobab »[6] de la famille et un important soutien pour elle, dit-elle. Ses obsèques ont donné lieu à une grande rencontre à laquelle ses proches venus de partout ont participé. Elles ont été également un moment d'échanges intenses entre les visiteurs. Peu d'entre eux appliquaient les mesures sanitaires, précise-t-elle. Marie a séjourné pendant deux semaines à Nzérékoré. Refuser d'assister aux obsèques de son frère n'était pas une option envisageable. Lors de son séjour, elle et ses sœurs, assistées par des proches, se sont occupées de l'accueil des visiteurs et de la cuisine. Les femmes sont en effet davantage impliquées dans les cérémonies ou dans les rencontres conviviales (Dessertine, 2021). À son retour à Conakry, elle a développé un rhume et des douleurs musculaires. Elle estime avoir été en contact avec le virus au cours de son séjour :

> « J'ai contracté cette maladie pendant mon voyage parce que j'étais largement exposée ».

Pour appréhender les logiques supposées de la contamination de Marie, il faut comprendre comment s'articulent le statut économique et le genre. Après un long voyage collectif, afin d'assurer l'accueil et des travaux de préparation des repas en raison de son statut de femme, Marie s'est retrouvée de

---

5 Un terme soussou qui signifie « centre-ville ».

6 Le baobab est un arbre gros et de grande taille, il fournit des bois d'œuvre et de chauffage, de l'huile, des noix, des fibres, des fruits, etc. Ses différentes parties (racines, écorce et feuilles) sont exploitées à des fins thérapeutiques et nutritionnelles pour les humains (Garnaud, 2021). C'est un arbre qui sert également d'abri pour certains animaux, surtout les oiseaux. La multiplicité des usages du baobab en fait l'un des arbres les plus utiles en Afrique (Garnaud, 2021). De ce fait, on s'en sert généralement en Guinée pour magnifier la valeur des individus dans leurs réseaux, familiaux surtout.

nouveau insérée dans un groupe dense. Par ailleurs, pour se mettre davantage à l'abri sur le plan économique, les femmes s'insèrent activement dans l'espace social global en entretenant, au-delà de la sphère parentale, un réseau de relations, telles que des associations de type contractuel (Marie et al., 1998). C'est le cas du sèrè, un type d'organisation féminine largement répandue en Guinée, caractérisée par de l'entraide, des tontines et des rencontres régulières entre les membres. Ces rencontres ont aussi contribué à l'exposition à l'épidémie et à la propagation de celle-ci. La nièce de Marie a également été identifiée comme positive à la Covid-19. Elle a seize ans, ses parents vivent à Nzérékoré et elle est confiée à Marie.

Le « confiage » consiste en une pratique ancienne, très répandue dans les sociétés africaines (Jacquemin, 2000). Certains acteurs recourent au confiage pour renforcer la solidarité familiale. D'autres le font pour des intérêts personnels en transformant la jeune fille en « petite bonne », qui participe aux travaux ménagers (Vidal, 2013) et à certaines activités économiques (Jacquemin, 2000). Marie et sa nièce préparent et partagent la même assiette de nourriture quand elles sont toutes deux présentes à la maison. La nièce entretient la maison, lave les linges et rejoint souvent sa tante au marché pour l'assister dans ses activités commerciales. La nièce estime avoir contracté le virus dans leurs interactions, elle affirme ainsi :

> « Je pense [être] rentrée en contact avec le virus en compagnie de ma tante. En [plus] des interactions à la maison, je la rejoins souvent au marché pour l'aider dans la vente de riz. Je sers et récupère l'argent des clients ».

Elle est entrée en contact avec le virus parce qu'elle est dans une situation de service et occupe une position inférieure dans son réseau. Cependant, d'autres personnes ayant une position élevée dans leur réseau entrent aussi en contact avec le virus en raison de leur rôle.

Assumer le rôle du Kountigi (doyen du village) au risque de contracter la Covid-19 et de la diffuser

Le rôle du *Kountigi* est assuré par la famille fondatrice du village. Le *Kountigi* est l'« autorité morale » et le « garant de la paix » dans le village. Il assure la médiation entre les protagonistes et coordonne des activités d'ordre social. Il s'appuie sur un réseau de chefs des principales familles composant le village (Bernus, 2005) pour assurer ses fonctions. Ainsi, le *Kountigi* se retrouve en interaction fréquente avec plusieurs personnes : les membres du conseil de sages (collaborateurs directs) et les habitants du village. Une situation favorisant la contamination par la Covid-19. Tel est le cas de Elhadj, testé positif par sérologie avec quatre membres de sa famille vers la fin du mois de mai 2021. Elhadj habite dans la commune de Ratoma, à *N'nôma*[7], un quartier résidentiel de haut standing. Fonctionnaire à la retraite, il vit de sa pension, des bénéfices de sa plantation d'anacardiers et des aides apportées par ses enfants. Au sein de sa famille, Elhadj est le plus âgé ; il est ainsi le *Kountigi* et préside le conseil des saassociation des ressortissants de son village résidant à Conakry. *« À mon âge, je m'occupe uniquement du social et [du] maintien de la paix dans le village. C'est chez moi qu'on organise toutes nos réunions* », indique-t-il. En conséquence, les nombreuses responsabilités qui lui incombent le poussent à faire des déplacements et à entrer en interaction permanente avec d'autres personnes, ce qui favorise son exposition à l'épidémie. Pendant les premiers mois de la pandémie, Elhadj a organisé des mariages religieux et des baptêmes qui demeurent des moments de convivialité et de retrouvailles. Il a également assisté aux funérailles de son beau-frère, qui ont eu lieu au village, et il a organisé celles de son premier fils qui est décédé à Conakry. À l'occasion de celles-ci, les parents résidant au village, voisins et amis, sont venus massivement présenter leurs condoléances et exprimer leur sympathie à la famille. Certains parmi ces derniers sont restés plusieurs jours chez lui.

7 Expression soussou qui signifie « je peux ».

Les funérailles constituent une occasion de regroupement des personnes et sont l'expression ou la mise en scène de la surface sociale des individus. Elles donnent à voir concrètement l'étendue du réseau social de la famille. Ce faisant, elles raffermissent la sympathie, témoignent de l'affection et les liens de solidarité existant autour du défunt (Le Marcis, 2015). Ce sont aussi des occasions d'évaluer le degré d'estime que les individus éprouvent envers la famille endeuillée (Abdou, 2013).

À la suite de ces événements, Elhadj a développé une toux sèche, des maux de tête violents et a perdu le goût. Il a souffert de difficultés respiratoires et ne pouvait pas marcher plus de quinze à vingt mètres sans s'arrêter plusieurs fois. Son épouse, qui passait souvent la nuit à ses côtés, son frère, qui était à son chevet, mais aussi sa belle-fille, qui s'occupait de sa nourriture, ont aussi développé des signes de Covid-19. Mais aucun d'entre eux n'acceptera de faire le test pour connaître réellement la nature de sa maladie. Ils ont tous eu, dit Elhadj, recours à l'automédication en articulant les traitements modernes (comprimés) et traditionnels (tisanes).

L'automédication est largement partagée dans la société guinéenne. Au quotidien, les patients mobilisent de façon simultanée ou successive la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour la prise en charge de leur maladie (Le Marcis et al., 2021, p. 42). L'automédication est courante en Guinée, mais elle a pris de l'ampleur pendant cette crise sanitaire.

Pour Elhadj, la Covid-19 est une maladie inévitable, qu'on peut contracter n'importe où et à n'importe quel moment, dont la prévention relève uniquement du pouvoir divin. Il suppose avoir contracté la maladie et l'avoir diffusée au sein de sa famille à la suite de sa participation aux événements mentionnés plus haut. Il explique :

> « C'est maintenant clair pour moi que je souffrais de la Covid-19 que j'ai sûrement ramassé [contracté] à l'occasion des cérémonies, funérailles et réunions auxquelles j'ai assisté à l'époque, pour venir contaminer ma famille. La Covid-19 est dangereuse, mais il est impossible de la prévenir ».

Elhadj dispose de conditions de vie décentes en matière de logement et de moyens matériels et financiers qui devraient lui permettre de bien appliquer ou suivre les mesures sanitaires recommandées. Cependant, malgré la reconnaissance des réalités de la Covid-19 sur le territoire national, il a continué à exercer ses fonctions, à maintenir ses déplacements et ses interactions habituelles. Ses perceptions concernant la Covid-19, « une maladie inévitable », son statut et son rôle au sein de son espace social, constituent des facteurs importants qui le poussent à ne pas respecter les mesures préventives. En tant que premier responsable, le fait de prendre le risque de privilégier les mesures sanitaires au détriment des fonctions qu'il assume dans son réseau aurait des effets néfastes sur le bon fonctionnement du réseau, car le geste serait mal vu et mal interprété par les membres. Dès lors, le respect de ces mesures est inadéquat au profil d'Elhadj.

Au-delà des perceptions et du profil social, les données collectées montrent que certains individus s'exposent à la contamination en raison des conditions d'habitation.

Le quartier périphérique et la difficile prévention de la contamination à la Covid-19

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs quartiers de Conakry sont soumis à de fortes pressions sociodémographiques (Kébé-Gangneux, 2016) qui ont occasionné une extension incontrôlée de la ville, laissant les individus construire en l'absence d'un véritable plan régulateur (Somparé, 2020) qui correspondrait à une gestion adéquate de l'espace (Kouadio Oura, 2012). Cette situation reste très favorable à la circulation virale. Comme c'est le cas à Tâfori[8], un quartier périphérique très peuplé. Les ruelles sont animées : portes et fenêtres des habitations s'ouvrent sur la rue et, devant elles, les gens s'assoient, discutent, mangent et vendent des beignets sans la moindre application des mesures sanitaires. Tâfori est peu loti et l'accès en est très difficile en véhicule. Il manque d'égouts ; ainsi, lorsqu'il pleut, toutes les rues et la plupart des habitations sont inondées. On aperçoit souvent aux carrefours

8 *Tâfori* signifie en soussou ancien village ou ancienne ville.

des déchets entassés, en cours de combustion lente ou en attente d'un ramassage hypothétique. L'habitat est dominé par d'anciennes maisons sans clôture, construites en banco, composées de deux à quatre chambres, d'une petite terrasse, de murs noircis à la peinture défraîchie, de toitures rouillées le plus souvent maintenues par des morceaux de bois, des cailloux et des pneus usés. Dans chacune des cours du quartier, les toilettes sont communes. Les chambres sont collectives, abritant trois à quatre personnes qui sont généralement les membres d'une famille élargie, qui, au-delà des époux, des épouses et des enfants, implique des petits-enfants, neveux, nièces, frères, sœurs, cousins, cousines, oncles, tantes, etc. Le fait que plusieurs personnes partagent une même chambre, pratique répandue dans les grandes agglomérations guinéennes (Barry, 2006), s'explique par la solidarité (Janin, 2003), mais aussi par l'absence de logements sociaux et la non-réglementation du loyer.

Tâfori ne dispose ni de système d'adduction d'eau potable ni de structures de santé. Ses habitants se déplacent pour consulter un agent de santé dans un quartier voisin et se procurent de l'eau dans d'autres quartiers ou chez des personnes possédant un forage dans leur cour. Ces maisons sont envahies par une noria de porteurs d'eau à tout moment de la journée. La quête d'eau est donc l'occasion d'attroupements importants d'individus venant de différentes familles qui se « mélangent » et se « frottent[9] » aux autres. Dans ce contexte, on observe une promiscuité extrême permettant l'exposition au risque. Soumah, enseignant à la retraite et époux de trois femmes, ne déroge pas à cette situation. Une vingtaine de personnes composent sa famille élargie. Parmi elles, quinze sont déclarées positives à la Covid-19. Il dispose d'une pompe à eau chez lui. Celle-ci est connectée sur le forage d'un voisin (riche) qui ferme toujours le portail de sa cour. Ainsi, les autres voisins (femmes et enfants), munis de bidons et de seaux, viennent puiser de l'eau chez lui à longueur de journée. Certains, attendant leur tour, s'assoient sur la terrasse. D'autres restent debout et échangent entre eux. Aucun d'entre eux ne porte le masque de protection.

Le manque de services sociaux de base préoccupe beaucoup plus les habitants de Tâfori que la prévention d'une éventuelle contamination par la Covid-19. Soumah se demande ainsi :

> « Que faire pour se protéger contre cette maladie (Covid-19) alors que nous vivons dans un quartier précaire où il y a un manque total d'infrastructures et d'aides sociales, et où la promiscuité et les interactions sociales sont importantes ? »

Tâfori abrite une forte densité d'habitants. Il n'y a pas d'espaces publics ou d'aires de jeu aménagés. De telles réalités concernent la grande majorité des quartiers de Conakry, elles sont imputables à l'urbanisation anarchique et à l'aménagement incontrôlé du territoire, empêchant toute initiative de rénovation urbaine, surtout dans les bidonvilles (Diop, 2015). À Tâfori, les habitants, entassés au salon ou sur la terrasse, passent toute leur journée, sans le moindre respect des mesures préventives, notamment de la distanciation physique. La plupart des chambres qui s'y trouvent sont collectives et peu aérées, une situation favorable à la contamination virale. Au-delà du manque d'infrastructures, il faut noter que la grande majorité des habitants sont démunis financièrement et vivent au jour le jour, ce qui, d'ailleurs, a un impact sur l'obtention ou l'usage des kits d'hygiène. Leur quotidien est marqué par des interactions très denses ; de fait, les mesures restrictives, surtout la limitation des déplacements et les visites chez des voisins ou des proches sont insupportables pour eux.

En plus d'habiter la périphérie, le fait de rester à domicile contribue aussi à l'exposition à la contamination.

Partager son domicile : un facteur d'exposition au risque de contamination à la Covid-19

Bangoura est chef de quartier. Il est communément appelé *mènguè* (chef). Lui et dix autres membres de sa famille sont déclarés positifs à la Covid-19 dans le courant du mois de juin 2021. Ils logent dans une ancienne maison de petite taille. Celle-ci est composée de quatre chambres de trois à quatre personnes chacune. Elles sont occupées par les petits-enfants, les enfants et les trois épouses de Bangoura (lui n'a

9 En Guinée, les verbes « se mélanger » et « se frotter » sont employés pour décrire des interactions fréquentes et rapprochées (par exemple entre deux amis inséparables).

 https://doi.org/10.57832/p3pk-d724

pas de chambre fixe, il partage alternativement, tous les trois jours, les chambres de ses épouses). La maison dispose également d'un salon où l'on trouve des chaises en plastique et un téléviseur à écran plat connecté au bouquet de chaînes Canal+, devant lequel la famille se réunit dans la soirée pour regarder les informations ou un film. Elle dispose aussi d'une terrasse qui sert de lieu de réception des visiteurs, de lieu de rencontre et de causerie, de lieu de vente de sandwichs, de cuisine et de salle à manger. On y observe une absence notable de kits d'hygiène, ainsi qu'une promiscuité intense et une interaction entre les membres de la famille, mais aussi entre eux et les habitants du quartier. Lorsque ceux-ci passent devant le domicile, certains s'arrêtent pour échanger quelques mots avec la famille. D'autres, plus intimes, cherchent à taquiner *mènguè* et se présentent pour lui serrer la main.

Mènguè se qualifie de *jatigi* (hôte) et de *yama higi* (espoir de tous les habitants du quartier), et considère son domicile comme une « maison commune », un lieu de rencontre qui n'est pas réservé à sa seule famille (Houssay-Holzschuch, 1998). Les habitants du quartier viennent y passer plusieurs heures à regarder la télévision, à partager les repas ou à échanger avec la famille de Bangoura. Ses enfants ainés, qui ne résident pas dans la maison, mais la considèrent comme « unité d'appartenance de base » (Dessertine, 2021, p. 21), viennent y passer de longs moments pour divers motifs : prendre des nouvelles des parents et des frères cadets, partager des repas, pris dans un même grand plat, avec la famille, échanges autour des tâches à réaliser et des sujets préoccupant la famille (Brunet et al., 2013). C'est aussi un espace de communication des modèles de comportement exprimant les valeurs du réseau familial (Barou & Verhoeven, 1997), comme l'entente et le respect mutuel entre les enfants. Par ailleurs, souffrant de la prostate, *mènguè* n'accepte pas de s'éloigner longtemps de son domicile. Il y organise des réunions du conseil de quartier et reçoit des habitants pour des questions administratives et des questions de règlement des situations conflictuelles. En Guinée, les chefs de quartier fonctionnent comme un premier niveau de la justice de paix ; munis des règlements, ils arbitrent les disputes et assurent la médiation entre les protagonistes (Wisler et al., 2018). Ils participent également à la gestion des affaires administratives et sanitaires (Kébé-Gangneux, 2016) dans leur localité.

Un matin, je me suis rendu à son domicile, *mènguè* est absent. Sa fille, assise sur la terrasse avec une amie (une voisine), m'informe qu'il s'est rendu, comme à son habitude, au bar-café d'à côté et m'invite à prendre place. Une vieille femme et deux jeunes hommes sont assis pour attendre le retour de *mènguè*, qu'ils sont venus consulter sur des questions administratives ; cinq autres jeunes garçons (voisins et fils de *mènguè*) sont assis et discutent entre eux, en attendant que les jeunes filles sortent du salon pour aller regarder un match de football sur Canal+. Sur le muret de la terrasse est assis le petit-fils de *mènguè*, avec trois autres petits garçons. L'enfant joue avec le téléphone de sa grand-mère (la première épouse de *mènguè*). Devant elle, une table est disposée où reposent des marchandises proposées à la vente : un sac de riz contenant des baguettes de pain, deux paniers, dont l'un est rempli de haricots et l'autre de ragoût, que les habitants du quartier viennent acheter pour le petit-déjeuner. Cinq clients font la queue pour être servis. Tout comme elle, aucun d'entre eux ne porte de masque de protection, n'utilise de solution hydroalcoolisée, ne respecte la distanciation physique.

Habillés en pantacourt et tee-shirt, *mènguè* et son secrétaire viennent nous retrouver à la terrasse. *Mènguè* demande à sa petite fille d'apporter deux chaises pour eux. Ils s'assoient l'un auprès de l'autre, son homonyme (petit-fils[10]), toujours proche de lui, vient s'asseoir sur ses jambes. Ensuite, ils commencent à discuter avec la vieille femme et les deux jeunes qui attendaient *mènguè*. Là encore, personne ne porte de masque de protection ni ne respecte la distanciation physique. Pendant qu'ils discutent, une jeune femme vient sans masque demander un certificat de résidence[11] ; *mènguè* le signe avant de le remettre à la jeune femme. Il commence à pleuvoir plus tard, et *mèngue* invite tous ses hôtes à rejoindre le salon, malgré sa taille restreinte. Certains restent debout. D'autres s'assoient sur les chaises disponibles. À ce moment, nous sommes une quinzaine de personnes, aucun d'entre nous ne porte de masque et le maintien d'une quelconque distanciation physique est tout simplement impossible.

10 Dans la société guinéenne les liens ou les relations entre les grands-parents et les petits-enfants sont caractérisés par des interactions quotidiennes qui impliquent le rapprochement, l'affection, ainsi que la plaisanterie reposant sur des blagues, des taquineries et des simulacres de bagarres (Dessertine, 2021 : 74-75). Les liens entre *mènguè* et ses petits-enfants, notamment son homonyme, ne dérogent pas à cette règle.

11 Le certificat de résidence est délivré par le chef de quartier.

> « Je suis informé sur les réalités de la Covid-19 à travers des médias et des gens que je rencontre. Mais, je suis yama higi. Tout le monde vient chez moi pour résoudre ses problèmes, il est très difficile pour moi de mettre fin à cela. En tant que responsable local, plus on est loin des gens, plus on est détesté ».

La survenue de la Covid-19 n'a rien modifié chez *mènguè*. Pourtant, il est informé sur la pandémie. La gestion de la Covid-19 constitue pour lui une préoccupation secondaire comparée à son statut local. On perçoit ici la difficulté de faire des responsables locaux un des maillons forts et nécessaires de la prévention contre les épidémies sans s'interroger sur la nature même de l'épidémie. Ici, prévenir la contamination pour le *mènguè* supposerait simplement pour lui de ne plus assumer son rôle social. Si les responsables locaux ont, par endroits, fait preuve d'une grande efficacité au cours des épidémies précédentes, notamment celle d'Ébola (Mbaye et al., 2017), la reproduction des mêmes mécanismes sans prendre en compte la nature de la Covid-19 nous amène à nous interroger. Par ailleurs, la propagation du virus au sein de la famille de *mènguè* s'explique par l'impossible respect des mesures barrières et les conditions matérielles d'habitat, de subsistance, par les activités (commerciales) de sa femme, les visites/fréquentations et interactions intenses au sein de la maisonnée, mais aussi par les responsabilités et le statut social.

Conclusion

Dès le début de la pandémie de la Covid-19 en Guinée, les autorités ont pris des mesures pour prévenir l'extension du virus. Mais le contexte sociopolitique dans lequel la maladie s'est déployée et les conditions objectives de vie de la population de Conakry ont mis à mal l'application des mesures barrières mises en place pour contenir la propagation du virus. Celles-ci entravent des valeurs et pratiques bien ancrées dans la société guinéenne, notamment les interactions ordinaires et l'accomplissement des obligations sociales. Le respect des mesures restrictives implique donc pour les individus une prise de risque qu'ils ne sont pas prêts à accepter. Impossible pour eux de ne pas entretenir leurs relations sociales alors que le quotidien de la grande majorité des individus est marqué par la solidarité et la réciprocité, sans lesquelles les personnes se retrouveraient dans une situation difficile. L'entretien de ces réseaux est donc privilégié au détriment de la prévention de l'épidémie, perçue comme un objet de manœuvres politiques. La transposition des recommandations internationales en matière de gestion épidémique ne peut pas faire abstraction des contextes locaux.

Contredisant la conception initiale de l'épidémie de la Covid-19 au sein de la société guinéenne faisant de cette maladie la pathologie des riches et des élites, la contamination s'est généralisée au sein de la population de Conakry, indépendamment du statut social et de l'activité. La généralisation de la contamination n'invalide cependant pas l'intérêt d'une réflexion articulant réseaux sociaux et Covid-19. Aujourd'hui, la société guinéenne doit faire face à la gestion des séquelles de la Covid-19 (Brown et al., 2022) ou Covid longue (Leperre et al., 2020). Celle-ci se traduit par des symptômes[12] nouveaux, temporaires ou permanents (Thallapureddy et al., 2022), dont la gestion par les individus reposera en partie sur leurs réseaux. Il importe ainsi dans ce contexte de comprendre quelles capacités cognitives et matérielles seront à leur disposition pour prendre en charge des séquelles méconnues.

Remerciements

Je tiens à remercier le professeur Frédéric Le Marcis et le docteur Sidy Cissokho pour la lecture des précédentes versions de ce papier. Je remercie aussi les évaluateurs pour leurs contributions substantielles ainsi que les traducteurs et le comité de rédaction.

12 Les patients indiquent avoir ressenti différentes combinaisons des symptômes suivants : épuisement, maux de tête, malaise post-exercice, difficulté à respirer, à penser ou à se concentrer, douleur à la poitrine ou à l'estomac, palpitations cardiaques, douleurs articulaires ou musculaires, troubles du sommeil, vertiges en position debout, changements d'humeur, d'odeur et du goût, etc. (CDC, 2020).

Bibliographie

Abdou, M. (2013). Le rite de la danse du cadavre et du transfert des génies d'un défunt chez les Baatombù du Nord-Bénin. *Journal des africanistes*, (83-2), pp. 142-162. https://doi.org/10.4000/africanistes.3429

Attas, F., Curtis, M. Y., Koniono, N. L., & Le Marcis, F. (2021). Covid-19 en Guinée. Impact de l'hétérogénéité des soins sur la perception de la prise en charge. *Note de politique ARIACOV*, *8*.

Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M. Y., & Le Marcis, F. (2022). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la Covid-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *2*(44). https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007.

Barou, J., & Verhoeven, M. (1997). Alimentation et rôles familiaux : La cuisine familiale des immigrés africains. *Ethnologie française*, *27*(1), 96-102. http://www.jstor.org/stable/40989832.

Barry, A. A. B. (2006). Étude situationnelle sur la famille en Guinée. *Les sciences sociales contemporaines/les classiques des sciences sociales.* http://dx.doi.org/.doi:10.1522/030075733.

Bernus, E. (2005). Kobané ou le temps arrêté. *Autrepart*, *2*(34), 151-172. 10.3917/autr.034.151.

Bidart, C., Degenne, A., & Grossetti, M. (2011). *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*. Le Lien social. 10.3917/puf.bidar.2011.01.

Brown, K., Yahyouche, A., Haroon, S., Camaradou, J., & Turner, G. (2022). Long COVID and self-management. *Lancet (London, England)*, *399*(10322), 355.

Brunet, F., Kertudo, P., & Ramos, E. (2013). Adapter la ville aux modes de vie des familles contemporaines : enquête sur les moments familiaux partagés à Paris. *Recherche sociale*, *1*(205), 6-101. https://doi.org/10.3917/recsoc.205.0006.

Casciarri, B. (2020). Fin ou nouvel élan d'un processus révolutionnaire au Soudan ?. Dans M. Selim (dirs.), *Anthropologie d'une pandémie,* Paris, L'Harmattan, pp. 95–117.

CDC. (2020). Covid-19 and your health. *Centers for Disease Control and Prevention*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html.

Cissé, I. (2020). Quand la Covid-19 donne à la Guinée l'opportunité de faire un véritable virage numérique. Dans S. K. Diakité (dirs.)*, Covid-19. Témoignages de Guinée,* pp. 107–115, Conakry, L'Harmattan.

Desclaux, A., & Barranca, E. (2020). Des «vrais» et «faux» survivants d'Ebola ? Traces biologiques et conflits de preuves en Guinée 1. *Ethnologie française*, *178*(2), 361-376. DOI : 10.3917/ethn.202.0361.

Dessertine, A. (2021). *A quoi tient le village. Espaces et mobilités en pays malinké (Guinée)*. Société d'ethnologie.

Diakité, A. S. (2016). Ebola in Guinea: a revealer of strengths and weaknesses. *Alternatives Humanitaires*, (1), pp. 56-65. http://alternatives-humanitaires.org/en/2016/01/13/ebola-en-guinee-un-revelateur-des-forceset-faiblesses.

Diallo, S. (2021). *Politiques de santé en Guinée : de la colonisation au début du XXIe siècle*. L'Harmattan.

Diop, M. (2015). La violence ethnique de l'État postcolonial : Le cas de la Guinée. *Tumultes*, *1*(44), 103-115. https://doi.org/10.3917/tumu.044.0103.

Diouf, W., Faye, S. L. B., & Muyisa, B. S. (2022). Covid-19 and the crisis of humanitarian interventionism: governing public health emergencies in Africa differently. *International Review of Economic and Social Sciences*, (2), p. 23.

Dubreuil, L. (2005). De la vie dans la vie: sur une étrange opposition entre zôê et bios. *Labyrinthe*, *3*(22), 47-52. 10.4000/labyrinthe.1033.

Dumont, G.-F. (2020). Covid-19: The end of the geography of hypermobility?. *Les Analyses de Population & Avenir*, *11*(29), 1-13. https://doi.org/10.3917/lap.029.0001

Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, *38*(2), 35-48. https://doi.org/10.7202/016371ar.

Faye, O., Boëlle, P. Y., Heleze, E., Faye, O., Loucoubar, C., Magassouba, N. F., & Cauchemez, S. (2015). Chains of transmission and control of Ebola virus disease in Conakry, Guinea, in 2014: an observational study. *The Lancet Infectious Diseases*, *15*(3), 320-326.

Galmiche, S., Charmet, T., Schaeffer, L., Grant, R., Fontanet, A., Paireau, J., & Levy-Bruhl, D. (2021). *Etude des facteurs sociodémographiques, comportements et pratiques associés à l'infection par le SARS-CoV-2 (ComCor)* (Doctoral dissertation, Institut Pasteur; Caisse Nationale d'Assurance Maladie; IPSOS; Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP); Santé Publique France).

Garnaud, S. (2021). Le baobab en Afrique, plus qu'un symbole, une ressource : l'arbre aux mille usages. *Futura Planète*, Dossiers, Baobab : l'arbre pharmacien, l'arbre de vie. https://www.futura-sciences.com/planete/dossiers/botanique-baobab-arbre-pharmacien-arbre-vie-666/page/6/.

Gasquet-Blanchard, C. (2017). The 2013-2016 Ebola epidemic in West Africa: critical analysis of a crisis primarily social. *Sante Publique*, *29*(4), 453-464. https://doi.org/10.3917/spub.174.0453.

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). Encamping Guinea: Ebola and the Postcolonial Experience. *L'Homme—Revue française d'anthropologie*, *2*(222) 57-90. https://doi.org/10.4000/lhomme.30147.

Goulard, S. (2019). Les défis que lance la crise de la COVID-19 à New Delhi. *Outre-Terre*, *2*(57), 229-237. https://doi.org/10.3917/oute2.057.0229.

Houssay-Holzschuch, M. (1998). Sociabilité, solidarité : culture, identité et vie urbaine dans les quartiers noirs du

Cap (Afrique du Sud). *Cybergeo: European Journal of Geography,* documents 95. https://doi.org/10.4000/cybergeo.4894.

Jacquemin, M. (2000). «Petites nièces» et petites bonnes : le travail des fillettes en milieu urbain de Côte-d'Ivoire. *Journal des africanistes*, *70*(1), 105-122.

Janin, P. (2003). Vivre ensemble ou la douleur d'être «en grande famille». *Politique africaine*, (91), pp. 33-50.

Kamano, T. A. (2020). Essai sur la maladie à coronavirus en Guinée : constats, analyse et perspectives. Dans S. K. Diakité (dirs.), *Covid-19. Témoignages de Guinée,* Conakry, pp. 91–97. L'Harmattan.

Kébé-Gangneux, J. (2016). Quand les citadins font et défont la ville à Conakry : le droit à l'espace. *Environnement Urbain/Urban Environment*, *10*.

Kiyindou, A. (2011). Réseaux socionumériques et solidarité. *Hermès*, *1*(59), 117-122. https://doi.org/10.3917/herm.059.0117.

Kouadio Oura, R. (2012). Extension urbaine et protection naturelle. La difficile expérience d'Abidjan. *VertigO*, *12*(2). https://doi.org/10.4000/vertigo.12966.

Leach, M., MacGregor, H., Akello, G., Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., & Sow, K. (2022). Vaccine anxieties, vaccine preparedness: perspectives from Africa in a Covid-19 era. *Social science & medicine*, *298*, 114826.

Le Marcis, F. (2015)."Treating bodies like faggots": Social production of indifference in an Ebola context (Guinea). *Anthropology & Health*, 11. 10.4000/anthropologiesante.org/1907.

Le Marcis, F., & Marí-Sáez, A. (dirs.) (2021). *Final report: Study of the resurgence of the Ebola virus disease in the Nzérékoré region: Ebola 2021: the resurgence and the communities*. Cerfig, RKI, IRD. 10.13140/RG.2.2.14143.84641

Lemey, P., Hong, S. L., Hill, V., Baele, G., Poletto, C., Colizza, V., & Suchard, M. A. (2020). Accommodating individual travel history and unsampled diversity in Bayesian phylogeographic inference of SARS-CoV-2. *Nature communications*, *11*(1), 5110.

Leperre, A., Béal, C., & Krolak-Salmon, P. (2021). The Covid pandemic in long-term care. *Till death do us part*, *1*(144), 69–80. doi.org/10.3917/jalmalv.144.0069.

Mbaye, E. M., Kone, S., Kâ, O., & Mboup, S. (2017). Evolution of community involvement in the Ebola response. *Public Health*, *4*(29), 487-496. DOI: 10.3917/spub.174.0487.

Marie, A., & Vuarin, R. (dirs.) (1997). *L'Afrique des individus: itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Karthala, Collection Hommes et sociétés. https://www.cairn.info/l-afrique-des-individus--9782865377589.htm.

Mercklé, P. (2016). *La sociologie des réseaux sociaux*. La Découverte. https://www.cairn.info/la-sociologie-des-reseaux-sociaux--9782707188885.htm.

Misturelli, F. (2020). Des élèves confinés à Trieste en Italie. Dans M. Selim (dirs.), *Anthropologie d'une pandémie, L'Harmattan*, pp. 245-258.

MVAT/DATU & UN-HABITAT. (2020). Covid-19 : la Guinée ébranlée, mais pas vaincue. *Special Issue on Covid-19 in Guinea,* No. 003, September.

Offner, D., Merigo, E., Tardivo, D., Gros, C. I., Lupi, L., & Musset, A. M. (2020). Oral care and the Coronavirus COVID-19 epidemic. *Sante Publique*, *32*(2), 247-251. https://doi.org/10.3917/spub.202.0247.

Somparé, A. W. (2017). Health policy and practice in Guinea tested by the Ebola epidemic: the case of the city of Conakry. *Lien social et politiques*, (78), pp. 193–210. https://doi.org/10.7202/1039345ar.

Somparé, A.W. (2020). *L'énigme d'Ebola en Guinée : une étude socioanthropologique des réticences*. L'Harmattan.

Sylla, G. (2020). What Covid-19 does to social relations: from an experiment to the revelation of the social stakes of the pandemic. Dans S. K. Diakaté (dirs.), *Covid-19. Témoignages de Guinée*. L'Harmattan, pp. 33-44.

Thallapureddy, K., Thallapureddy, K., Zerda, E., Suresh, N., Kamat, D., Rajasekaran, K., & Moreira, A. (2022). Long-term complications of COVID-19 infection in adolescents and children. *Current Pediatrics Reports*, *10*(1), 11-17. https://doi.org/10.1007/s40124-021-00260-x.

Thys, S., & Boelaert, M. (2017). The origin of Ebola: Biomedical approach versus popular interpretations in Macenta, Guinea. *Sante Publique*, *29*(4), 497-507. DOI: 10.3917/spub.174.0497.

Vidal, D. (2013). «Petites bonnes» d'Abidjan. Sociologie des filles en service domestique. Dans, M. Jacquemin. L'Harmattan, Paris (2012). 216 p. *Sociologie du travail*, *55*(4), 539-541.

WHO. (2021). Chronology of WHO's response to Covid-19. https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline

WHO. (2014). It all started in Guinea: the epidemic continued to simmer – undetected – for more than three months. https://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/

Wisler, D., Koropogui, S. T., Sib, H. H., & Coya, R. A. (2018). Four provincial towns in Guinea: from security to access to justice. *Salam Business Global*. http://www.coginta.org.